

Det kgl. helse- og omsorgsdepartement  
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

<i>Vår ref.</i>	<i>Løpenr.</i>	<i>Arkivkode</i>	<i>Saksbehandler</i>	<i>Deres ref.</i>	<i>Dato:</i>
10/1265-4	5638/10	G00 &13	Brit Kværness		16.12.2010

## **MELDING OM POLITISK VEDTAK - HØRING - NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV**

Fra møtet i Formannskapet den 16.12.2010, sak nr.: 72/10.

*Det underrettes herved om at det er fattet følgende vedtak:*

1. Folldal kommune slutter seg til intensjonene om en helhetlig helse- og omsorgstjeneste, og mener det (fortsatt) er riktig å ha en målsetting om at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon. Det er en positiv og viktig intensjon at kommunene selv kan organisere sine tjenester ut fra lokale forhold og behov. Og det oppleves ryddig at mye av den helhetlige tenkingen fra arbeidet med helselovene som kom i 1999 videreføres (f.eks profesjonsnøytralitet og allment krav til forsvarlighet knyttet til en pasientrettighetslov og en helsepersonallov).
2. Folldal kommune stiller seg allment skeptisk til hvilken grad det omfanget av formelle samarbeidsavtaler, utstrakt bruk av felles retningslinjer og nye administrative nivåer som foreslås (interkommunale løsninger, lokalmedisinske sentra og helsedirektoratet som en egen "meklingsinstans" for avtaler) bidrar til bedring av tjenestetilbudet for pasientene. Vi advarer mot en overbyråkratisering knyttet til ny lovgivning – en lovgivning som skal bygge opp under prinsippene om lavest mulig omsorgsnivå (LEON).
3. Folldal kommune mener at høringsnotatet omgår resursproblematikken. Vi mener at de økonomiske og administrative konsekvensene er vanskelig å overskue, men mener at de vil bli betydelige og langt høyere enn antydnet i høringen. Dette gjelder også legetjenesten. Folldal kommune forutsetter reell fullfinansiering av helsetjenestene ved en eventuell omlegging av ansvar / implementering av nytt lovverk.

**Folldal kommune**

Med hilsen

Brit Kværness  
Rådmann



Ellen N. Brenden  
kontorfagarbeider

Vedlegg: Formannskapsskap 72/10

## Sak 72/10

## HØRING - NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV

Arkiv: G00 &amp;13

Arkivsaksnr.: 10/1265

Saksbehandler:

Brit Kværness

Behandling av saken:

Saksnr. Utvalg

72/10 Formannskapet

Møtedato

16.12.2010

**Melding om vedtak sendes til:**

Det kgl. helse- og omsorgsdepartement Postboks 8011 Dep 0030 OSLO

**Andre dokumenter i saken:**

18.10.2010 HØRINGSNOTAT - FORSLAG TIL NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV

**Saksopplysninger:**

Helse- og omsorgsdepartementet la i et høringsnotat av 18. oktober 2010 fram forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov ut på høring. Høringsfristen er satt til 18. januar 2011. Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (tidligere Lov om sosiale tjenester og Lov om kommunehelsetjenester minus kapitlet om miljørettet helsevern). Lovforslaget må ses i sammenheng med forslag til ny lov om folkehelse (pt: Lov om fylkeskommuners ansvar i folkehelse). I tillegg er grunnlaget for ny Nasjonal helse- og omsorgsplan lagt ut på nett, <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>.

Hovedintensjonen med samhandlingsreformen fra statens side er å sikre et bedre koordinert tilbud til pasienter med behov for sammensatte tjenester over flere nivåer. Demografisk og teknologisk utvikling, lokale forutsetninger og tilgang til kompetanse tilsier at arbeidsdelingen mellom nivåene vil måtte endres over tid.

Målene med samhandlingsreformen lagt frem av departementet er blant annet:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet, samt kostnadseffektivitet
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

**Rådmannens saksvurdering:**

I utgangspunktet er det positivt at det legges fram lovforslag som ønsker å underbygge og forsterke kommunenes myndighet, og at Regjeringen framhever viktigheten av lokal handlefrihet som et av verdigrunnlagene bak loven.

Høringsnotatet fra departementet er svært omfattende (487 sider), og oppleves lite tilgjengelig. Notatet inneholder mange gjentakelser av Regjeringens intensjoner med samhandlingsreformen, og det oppleves som om innholdet er en blanding av fakta og ønsker om en framtidig utvikling. Samhandlingsreformen (St.meld 47) ga i noen grad ulike signaler – til tross for en positiv intensjon; På den ene siden ble det signalisert et ønske om å se helse i et videre perspektiv der blant annet det forebyggende arbeidet skulle styrkes. Samtidig lå det et tydelig økonomisk incitament bak reformen der kostnadsutviklingen – særlig knyttet til den mest spesialiserte spesialisthelsetjenesten – var bekymringsfull for regjeringen. ”Medisinen” som ble forskrevet var større grad av samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og en presisering av behovet for verktøy som individuell plan, - et verktøy som har vært lovfestet i ca ti år. Det framsto som uklart om forfatterne av samhandlingsreformen var tilstrekkelig kjent med omfanget av dagens kommunale oppgaver innenfor forebyggende arbeid, arbeid med individuelle planer, graden av samhandling, felles rutiner og avtaler med spesialisthelsetjenesten med mer.

I Stortingets behandling av samhandlingsreformen (Innst 212 (2009 – 2010)) og i høringsnotatet som nå legges fram om ny lov er økonomiske aspekt og mulige incentiver for kommunene som kan bidra til å dempe presset på spesialisthelsetjenesten i svært liten grad berørt. I forslag til ny helse- og omsorgsplan (”fremtidens helsetjeneste”) som ligger tilgjengelig på nett skisseres ulike løsninger og modeller med ulik grad av kommunal medfinansiering. Samtidig er det enighet om at kommunene også må få en økonomisk kompensasjon for å ta over behandlingen av pasienter som i dag behandles i sykehus. I sine notater anslår Regjeringen at kommunene teoretisk kan ta over ansvaret for det som i dag tilsvarende om lag 150 000 liggedøgn i sykehus. Den eneste tallfestingen som foreligger anslår kroner 3.000,- per liggedøgn. Ved en flat beregning fordelt på alle innbyggere i Norge vil dette teoretisk for Folldal kommune bety 52 liggedøgn eller 156.000,-. (Denne summen tilsvarende kommunelege I i 43 timer per år, eller et fåtall cytostatikakurer i samme tidsrom.)

Ut fra erfaringer fra tidligere omorganiseringsprosesser (som NAV) og kommunal overtagelse av tidligere statlige oppgaver er det grunn til bekymring knyttet til finansieringen av reformen. Det er behov for en grundig kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. Det er grunn til tro at det blir betydelige pukkelkostnader i en overgangsperiode som på finansieres. Nye oppgaver må fullfinansieres før de overføres til kommunene.

En forsterket og godt integrert legetjeneste i kommunenes helse- og omsorgstjeneste vil være en forutsetning for at kommunene skal kunne ta flere oppgaver og et større ansvar i helsetjenesten. Det vil bli viktig i det videre arbeid å vurdere hvilke virkemidler som må være på plass for at kommunene skal kunne ivareta sitt økte ansvar. Lovforslaget forutsetter at kommunene ansetter en eller flere kommuneleger (jf § 5-5). Folldal kommune er i en situasjon der begge kommunelegene er ansatt i kommunen og legedekningen er god og stabil, samtidig har vi erfaring for at en slik positiv situasjon kan snu. Vi ser også at Folldal her står i en positiv særstilling da det er mer vanlig å gi driftstilskudd til leger uten fast ansettelse. Det er fortsatt mange åpne spørsmål til hvordan Regjeringen ønsker å bidra til og løse rekrutteringsproblematikken som gjelder mange distriktskommuner innenfor dette fagområdet.

Også innefor andre fagområder vil det bli behov for et betydelig kompetanseløft. Utdanningskapasitet og innhold må tilpasses ut fra behovene for kompetanse i kommunene og

helseforetakene. Forskningsinnsatsen og kunnskapsutviklingen må øke betraktelig og omhandle alle aktører. Utvikling av samhandlingskompetanse er viktig i begge forvaltningsnivåer.

Det anses som svært positivt at reformen vektlegger at oppgavene skal løses så nært pasient/bruker som mulig slik at tjenestetilbudet blir mer helhetlig og effektivt. I denne forbindelse er det viktig å få avklart hvilken status avtalen mellom kommunene og helseforetakene skal ha vedrørende oppgavefordeling, og slik også hvilken rolle et tvisteløsningsorgan skal ha. Tydeliggjøring av oppgaver, ansvar og myndighet i lovverket vil kunne minske behovet for ytterligere forskrifter, avtaler og tvisteløsningsordninger. Av lovforslaget og Regjeringens forslag til ny helse- og omsorgsplan kan det se ut til at "den nye kommunehelsetjenesten" i stor grad skal preges av avtaleinngåelser, styring av frie yrkesgrupper, koordinering av tiltak internt og eksternt og eventuelt også nye administrative nivåer i form av distriktsmedisinske sentre eller annet. Det er en fare for at slike aktiviteter og slik ressursbruk i for liten grad kommer innbyggerne/pasientene til gode.

Det er videre positivt at lovforslagene vil underbygge og forsterke kommunens myndighet og at lokal handlefrihet blir fremhevet som et viktig verdigrunnlag. Det foreslås som en skalbestemmelse at kommunene er pliktige til å inngå samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket. Dette er en videreføring av dagens modell og anses positivt. Regjeringene forutsetter at kommunehelsetjenesten og helseforetakene er likverdige parter i slik avtaleinngåelse. Av erfaring fra NAV-reformen ser vi et visst behov for å klargjøre hvordan likeverdigheten skal ivaretas i praksis.

Implementering av samhandlingsreformen, og de nye lovene må skje skrittvis, basert på kunnskap og erfaringer. Det blir viktig å sikre at sykehusene ikke bygger ned tilbud før kommunene har bygd opp sine tjenester og sin kompetanse.

#### **Rådmannens innstilling:**

##### Rådmann anmoder formannskapet om å fatte følgende vedtak

1. Follidal kommune slutter seg til intensjonene om en helhetlig helse- og omsorgstjeneste, og mener det (fortsett) er riktig å ha en målsetting om at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon. Det er en positiv og viktig intensjon at kommunene selv kan organisere sine tjenester ut fra lokale forhold og behov. Og det oppleves ryddig at mye av den helhetlige tenkingen fra arbeidet med helselovene som kom i 1999 videreføres (f.eks profesjonsnøytralitet og allment krav til forsvarlighet knyttet til en pasientrettighetslov og en helsepersonallov).
2. Follidal kommune stiller seg allment skeptisk til hvilken grad det omfanget av formelle samarbeidsavtaler, utstrakt bruk av felles retningslinjer og nye administrative nivåer som foreslås (interkommunale løsninger, lokalmedisinske sentra og helsedirektoratet som en egen "meklingsinstans" for avtaler) bidrar til bedring av tjenestetilbudet for pasientene. Vi advarer mot en overbyråkratisering knyttet til ny lovgivning – en lovgivning som skal bygge opp under prinsippene om lavest mulig omsorgsnivå (LEON).

3. Folldal kommune mener at høringsnotatet omgår resursproblematikken. Vi mener at de økonomiske og administrative konsekvensene er vanskelig å overskue, men mener at de vil bli betydelige og langt høyere enn antydnet i høringen. Dette gjelder også legetjenesten. Folldal kommune forutsetter reell fullfinansiering av helsetjenestene ved en eventuell omlegging av ansvar / implementering av nytt lovverk.

**Behandling i Formannskapet 16.12.2010:**

Innstillingen enstemmig vedtatt.

**Vedtak i Formannskapet 16.12.2010:**

1. Folldal kommune slutter seg til intensjonene om en helhetlig helse- og omsorgstjeneste, og mener det (fortsatt) er riktig å ha en målsetting om at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon. Det er en positiv og viktig intensjon at kommunene selv kan organisere sine tjenester ut fra lokale forhold og behov. Og det oppleves ryddig at mye av den helhetlige tenkingen fra arbeidet med helselovene som kom i 1999 videreføres (f.eks profesjonsnøytralitet og allment krav til forsvarlighet knyttet til en pasientrettighetslov og en helsepersonallov).
2. Folldal kommune stiller seg allment skeptisk til hvilken grad det omfanget av formelle samarbeidsavtaler, utstrakt bruk av felles retningslinjer og nye administrative nivåer som foreslås (interkommunale løsninger, lokalmedisinske sentra og helsedirektoratet som en egen "meklingsinstans" for avtaler) bidrar til bedring av tjenestetilbudet for pasientene. Vi advarer mot en overbyråkratisering knyttet til ny lovgivning – en lovgivning som skal bygge opp under prinsippene om lavest mulig omsorgsnivå (LEON).
3. Folldal kommune mener at høringsnotatet omgår resursproblematikken. Vi mener at de økonomiske og administrative konsekvensene er vanskelig å overskue, men mener at de vil bli betydelige og langt høyere enn antydnet i høringen. Dette gjelder også legetjenesten. Folldal kommune forutsetter reell fullfinansiering av helsetjenestene ved en eventuell omlegging av ansvar / implementering av nytt lovverk.

Rett utskrift bekreftes  
Folldal kommune 16.12.2010

*Ellen N. Brenden*  
Ellen N. Brenden  
kontorfagarbeider